·全科医生诊室·

基于慢阻肺防治平台下的闭环管理案例分享

金锋[1*]，黎旺玲[1]，谢飞[2]

1.523000 广东省东莞市麻涌镇社区卫生服务中心
2.523000 广东省东莞市水乡中心医院呼吸科
*通信作者：金锋，主任医师；E-mail：jinfeng22003@sina.com

【摘要】 本文通过介绍 1 例基于基层“慢阻肺防治平台”管理模式下的慢性阻塞性肺疾病患者的“筛－诊－治－管”过程，探讨了全科医生如何利用其独特优势，整合各种资源，通过问卷调查、肺功能检查，结合综合评估，根据患者个体情况制定治疗方案，实现对慢性阻塞性肺疾病的早期识别、准确诊断、有效干预和全面照护。为基层慢性阻塞性肺疾病的管理提供了创新思路和实践路径，从而有效提升基层慢性阻塞性肺疾病防治能力。

【关键词】 肺疾病，慢性阻塞性；肺康之家；家庭医生模式；社区防治
【中图分类号】 R 563.9 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0302

Case sharing of Closed-loop Management Based on the Prevention and Treatment Platform for Chronic Obstructive Pulmonary Disease

JIN Feng[1*]，*LI Wangling*[1]，*XIE Fei*[2]
1.Dongguan Machong Community Health Services Center，Dongguan 523000，China
2.Respiratory Department of Shuixiang Central Hospital in Dongguan City，Guangdong 523000，China
**Corresponding author：JIN Feng，Chief physician；E-mail：jinfeng22003@sina.com*

【Abstract】 This dissertation introduces a case study on the "screen-diagnose-treat-manage" process for patients with chronic obstructive pulmonary disease Chronic obstructive pulmonary disease（COPD）under a community-level COPD prevention and treatment platform.Explored how general practitioners can utilize their unique advantages，integrate various resources，and develop treatment plans based on individual patient conditions through questionnaire surveys，lung function tests，and comprehensive evaluations，in order to achieve early identification，accurate diagnosis，effective intervention，and comprehensive care for chronic obstructive pulmonary disease. This approach provides an innovative perspective and practical pathway for managing COPD at the community level，This enhances the ability of primary healthcare providers to effectively prevent and treat chronic obstructive pulmonary disease COPD，ultimately improving patient outcomes at the community level.

【Key words】 Pulmonary disease，chronic obstructive；Lung health home；Family doctor；Community prevention and control

慢性阻塞性肺疾病[1]（Chronic obstructive pulmonary disease，COPD）是一种常见的慢性呼吸系统疾病，其发病率和死亡率在全球范围内均居高不下。COPD 起病隐匿，大多数患者首诊于基层，70% 的 COPD 患者存在诊断不足[2]，很多 COPD 患者被发现时，病情已较为严重。因此，如何在兼顾成本—效益的同时在人群中早期识别 COPD 患者，并实施个性化的综合治疗与管理策略，成为提高基层 COPD 防治能力的关键[3-4]。本文旨在通过介绍 1 例 COPD 患者在基层“慢阻肺防治平台”的“筛－诊－治－管”闭环管理过程，探讨该平台在 COPD 患者早期发现与个性化综合管理中的应用。

1 筛查

基金项目：广东省东莞市 2021 年社会发展科技面上项目（项目编号：20211800904262）
引用本文：金锋，黎旺玲，谢飞. 基于慢阻肺防治平台下的闭环管理案例分享［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0302.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
JIN F，LI W l，XIE F. Case sharing of closed-loop management based on the prevention and treatment platform for chronic obstructive pulmonary disease［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］

通过在基层社区构建“肺康之家”俱乐部式 COPD 防治平台，以平台内医院、社区卫生服务中心（站）、诊所及零售药店为前沿哨点。医药工作人员通过对前来就诊、购药的 COPD 高危人员进行识别，将符合我国《慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南（2024 年）》推荐的表 1 中任何一项及以上特征的人群定义为 COPD 高危人群，并对其发放慢性阻塞性肺疾病自我筛查问卷（COPD-SQ 问卷）[1]，积分≥ 16 分的为阳性，定义为 COPD 疑似患者，在征得患者知情同意后，将问卷结果阳性人员数据上报平台网格管理员，由网格管理员协助患者进一步行肺功能检查。

表 1 慢性阻塞性肺疾病的危险因素
Table 1 Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease

危险因素	内容
个人因素	1. 年龄≥ 40 岁
	2. 直系亲属中有慢阻肺家族史
	3. 患某些特定疾病，如支气管哮喘、过敏性鼻炎、慢性支气管炎、肺气肿等
	4. 营养状况较差，体质指数较低
	5. 维生素 A 缺乏或胎儿时期肺发育不良
环境因素	1. 吸烟或长期接触“二手烟”污染
	2. 居住在气候寒冷、潮湿地区以及使用燃煤、木柴取暖
	3. 居住在空气污染严重地区，尤其是二氧化硫等有害气体污染的地区
	4. 长期从事接触粉尘、有毒有害化学气体、重金属颗粒等工作
	5. 在婴幼儿时期反复患下呼吸道感染

一老年患者因反复咳嗽、咳痰 10 余年在 COPD 防治平台内的社会药店购药，药师在初步了解患者情况后将其判定为 COPD 高危人群，于药事服务后对其进行 COPD-SQ 问卷调查，问卷累计得分 17 分，逐将该患者以“COPD 疑似患者”上报 COPD 防治平台，平台网格管理员通过电话向其进行 COPD 认知教育并建议其来社区卫生服务中心接受进一步检查。

2 诊断

对于 COPD 的诊断，应结合病史、临床症状及肺功能检测[1]。肺功能检测由经过专门培训合格的专业人员操作，对于第 1 秒用力呼气容积（FEV_1）/ 用力肺活量（FVC）<70% 的受检者，行舒张试验，予吸入沙丁胺醇气雾剂 200~400 μg，15~20 min 后再次检测，若 FEV_1/FVC 仍低于 70%，拟诊为 COPD，对诊断存疑的患者转至二级医院或区域综合三级医院呼吸门诊进一步确诊。

2.1 病例简介

65 岁，老年男性，于 10 余年前开始出现反复咳嗽、咳痰，晨起最为明显，痰多为白色黏液痰，黏稠不易咳出，秋冬季症状明显，每年发病累计超 3 个月以上，自觉逐年加重，一直未规范治疗。3 年前，患者逐渐出现活动后气促，多在上 3 层楼梯或爬 200 m 斜坡或快速步行 400~500 m 时出现，休息后可缓解。咳嗽、气促严重时自行在药店购买止咳药（具体不详），或在个体诊所输液治疗（氨茶碱、头孢菌素、地塞米松等）会有所缓解，此种情况每年不少于 2 次。1 周前因咳嗽、咳痰症状存续自行在社会药店购药，药店工作人员将其以“COPD 疑似患者”上报 COPD 防治平台，现因社区卫生服务中心工作人员电话通知，前来接受进一步检查处理，并希望医生排除肺癌，能控制病情，提高活动耐力。患者近 1 个月来上述症状与前相仿，无明显加重，无发热、盗汗、乏力，无胸痛、咯血，无反酸胃灼热感，睡眠欠佳，饮食偏咸，二便无异常，体质量无减轻。

既往史：否认高血压、糖尿病、冠心病、过敏性鼻炎、哮喘等其他病史，否认粉尘接触史，否认手术外伤史，否认食物以及药物过敏史。

个人史以及婚育史：嗜烟酒 40 余年，吸烟 20 支 /d，3 年前戒烟失败；白酒 250 g/d；喜咸食，偶有运动。经济状况可，家庭和睦、家庭资源利用度好，喜打麻将，遵医性一般。育二女一子，体健。

家族史：父亲有“慢性咳嗽”病史。

体格检查：体温 36.8 ℃，脉搏 94 次 /min，呼吸 21 次 /min，血压 134/62 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa），指脉氧 96%，身高 170 cm，体质量 75 kg，BMI 26 kg/m^2，腰围 96 cm。意识清楚，慢性病容，口唇略发绀，呼吸平稳，颈静脉无怒张，桶状胸、肋间隙增宽、双肺叩诊过清音、双肺呼吸音减弱、可闻及散在呼气相哮鸣音，呼气相延长，心率 94 次 /min，律齐，P2<A2，心脏各瓣膜未闻及病理性杂音，腹膨隆，质软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未及，双下肢无水肿，无杵状指（趾）。

血常规：白细胞计数（WBC）6.50×10^9/L，红细胞计数（RBC）5.54×10^{12}/L，血红蛋白（HGB）158 g/L，中性粒细胞百分比（NE%）3.71×10^9/L，嗜酸粒细胞计数（EO%）0.32×10^9/L，C 反应蛋白（CRP）0.82 mg/L；

空腹血葡萄糖（GLU）6.63 mmol/L，血清总胆固醇（TC）5.61 mmol/L，血清三酰甘油（TG）2.75 mmol/L，高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）0.99 mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）3.48 mmol/L。

尿常规、肝肾功能未见明显异常。

心电图：未见肺型 P 波及完全性右束支传导阻滞；腹部 B 超：轻度脂肪肝；心脏彩超：各房室无明显增大，未见明显肺高压征，左室顺应性下降，各瓣膜未见病理性返流。胸部 CT：提示肺气肿 CT 征象，右肺下叶多发条索影。

肺功能：FVC 实测值 2.72 L，预计值 3.84 L，占预计百分比 71.0%；FEV_1 实测值 1.81 L，预计值 3.03 L，占预计数百分比 59.7%，FEV_1/FVC 为 66.5%。

支气管舒张试验：阳性（FEV_1：舒张前为 1.51 L；舒张后为 1.81 L）（吸入沙丁胺醇 400 μg、15~20 min 后，FEV_1 预计值增加 20% 且绝对值增加 300 mL）；改良版英国医学研究委员会呼吸问卷评分（mMRC）：2 分；慢阻肺患者自我评估测试评分（CAT）：21 分。

2.2 诊断评估与处理思路

病例特点：老年男性患者，长期吸烟，慢性进展性病程，反复咳嗽咳痰，活动后气促，现无急性加重，无明显心力衰竭表现。体格检查见桶状胸、肋间隙增宽、双肺叩诊过清音、双肺呼吸音弱，可闻及散在呼气相哮鸣音，呼气相延长，P2<A2，符合 COPD 表现。

肺功能提示中度阻塞性通气功能障碍；支气管舒张试验阳性；胸部 CT 提示肺气肿 CT 征象；嗜酸粒细胞计数升高；父亲有“慢性咳嗽”病史；辅助检查及家族史具有支气管哮喘的特点；mMRC 2 分；CAT 21 分。

就诊原因、想法、担忧、期望明确；家庭功能及经济状况良好；遵医性有待加强。

2.3 问题清单

（1）COPD 合并支气管哮喘（稳定期 GOLD 2 级 E 组）；（2）超重，中心型肥胖（BMI 26.0 kg/m^2，腰围 96 cm）；（3）轻度脂肪肝；（4）糖尿病前期（血糖 6.63 mmo/L）；（5）脂代谢异常（TC 为 5.61 mmol/L；LDL-C 为 3.48 mmol/L；HDL-C 为 0.99 mmol/L）；（6）吸烟；（7）缺乏运动；（8）反复感染史；（9）10 年动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）发病风险中危。

2.4 需要鉴别的疾病

本例患者无心脏病史，未见咳大量脓痰及咯血，胸部 CT 未见心脏扩大、肺水肿、支气管扩张，肺部未见浸润、结节病灶及空洞改变，可排除充血性心力衰竭、支气管扩张症、肺结核等疾病。

2.5 处理思路

在处理 COPD 合并哮喘的病例时，必须深入剖析两者病理生理机制的交织、临床表现的异同，并紧密结合患者的个性化特征，精心设计定制个性化的治疗方案。对于那些罹患多种疾病、病情错综复杂或正处于急性加重阶段的 COPD 患者，应迅速且审慎地将其转诊至上级医疗机构，以获取更为详尽的诊断与更为精准的治疗策略。本例患者处于疾病稳定期，未显现低氧血症迹象，但值得注意的是，其存在糖脂代谢失调、持续吸烟、体力活动匮乏等高危因素。鉴于此，强化患者教育，深化其对疾病本质的认知显得尤为重要。通过此途径，旨在激发患者的主观能动性，促使其在药物治疗的基础上，积极践行戒烟、调整膳食结构、增强体能锻炼等生活方式干预措施，形成医患协同、共促健康的良好局面。

3 治疗

对确诊的 COPD 患者进一步分级、分组，采用医患共同决策模式，围绕指南规范对患者制定个性化治疗方案。

3.1 回应患者，共商治疗方案

（1）药物治疗：布地格福吸入气雾剂，口咽吸入，2 吸 / 次，2 次 /d（用药后漱口）；羧甲司坦片 0.5 g/ 次，3 次 /d。

（2）非药物治疗：戒烟：向患者强调戒烟是影响病程最有效的措施后，患者表示出戒烟意愿。运用“5A”技能，包括询问（Ask）、建议（Advise）、评估（Assess）、帮助（Assist）和随访（Arrange），通过询问记录患者的吸烟情况，解释烟草的危害，评估并制定戒烟计划，提供实用戒烟技巧，如深呼吸、放松训练、转移注意力等，帮助患者应对戒烟过程中的焦虑和不适，在随访过程中，跟踪患者的戒烟进展，遇到困难和挑战时，给予必要的支持和鼓励，助其克服障碍并继续坚持戒烟，并交代家属给予监督。

肺康复指导：锻炼缩唇呼吸防止小气道过早塌陷；运用腹式呼吸来加强腹肌运动，提高肺通气量，减少耗氧量，提高运动耐力；呼吸训练 2~3 次 /d，10~20 min/ 次。根据兴趣爱好选择全身运动训练：快走、骑车、太极、登楼梯等，运动量逐渐增加，运动强度以身体能耐受为度。

中医干预：患者行中医体质辩识结果为痰湿质。中医调理以益气、健脾、祛痰湿为主，经过解释介绍，患者选择代茶饮保健（隔日 1 次）：黄芪 10 g、陈皮 3 g、焦山楂 6 g、荷叶 3 g、生姜 3 片。穴位埋针治疗（交替取穴，1 次 /2 周）：双风门、双肺俞、双心俞、双膏肓、双脾俞、双三焦俞、膻中、中脘、气海、双足三里、双丰隆。三伏天配合行三伏贴治疗。

生活指导：告知患者饮酒或加重呼吸困难，影响药物疗效，增感染风险。建议少饮或不饮，仅特殊场合限量饮用。建议减少高盐食品及腌制食品摄入。优选瘦肉、去皮禽肉、鱼及低脂奶制品，烹饪宜蒸煮烤。限制含糖饮料、糖果和甜点的摄入，增加全谷物、蔬果比例，确保摄入足够的优质蛋白质，如鱼、禽、蛋、豆制品和奶制品，有助于维持肌肉力量和免疫力。维持规律作息，保证充足睡眠。学会管理情绪，积极参加各类社交活动缓解和释放压力。根据个人兴趣和身体状况，选择轻松愉快的活动作为爱好，如园艺、阅读、听音乐、手工艺或轻度家务劳动等，提升生活乐趣和满足感。

疫苗接种：建议接种 1 次带状疱疹疫苗，每年接种流感疫苗，每 5 年接种 1 次肺炎疫苗。

减重指导：以控制总热量摄入、优化饮食结构、合理运动为抓手。患者目前体质量 75.0 kg，近期目标 72.5 kg，远期目标 69 kg。交代患者减重过程中注意避免过度节食导致营养不良，进而影响呼吸功能和整体健康状况。

（3）随访计划：2 周随访，现场评估吸入装置使用情况，评估吸烟情况；定期随访血糖、血脂、肺功能等情况（交代患者及家属，如患者出现呼吸困难及症状加重随时联系医生）。

（4）患者教育：开展患者教育，增加患者对疾病的认知，让患者理解病因预防，更好地做好自我防范，提高依从性。

（5）适时转诊。

4 管理

建立个人健康档案，签订家庭医生服务协议，征得个人同意后纳入"肺康之家"防治平台。整合平台内相关资源建立家庭—社区联动、上级医院—基层医院互动、全科—专科结合的医防融合模式，充分发挥信息优势，编织社区 COPD 管理网。通过线上线下相结合为患者提供便捷、高效、及时的服务。线上微信平台可用于发布健康资讯、提供在线咨询等；线下服务则包括门诊服务、俱乐部式交流、健康讲座、康复训练等，以促进患者和医患之间的交流和互动，过程兼具实用性和趣味性，追求提升患者的整体生活质量和情绪体验。"肺康之家"模型见图 1。患者 2 周后在社区卫生服务中心门诊复诊，接受随访与转归评估：

（1）吸烟情况：患者及家属表示吸烟量较前明显减少，现为 1 包 /2~3 d；（2）临床症状：咳嗽、咳痰症状较前明显缓解，活动耐力较前增加，指脉氧 98%；（3）体质量情况：体质量无明显变化，目前在饮食和运动方面进行积极努力；（4）药物使用情况：①患者吸入药物制剂之前呼气不充分，憋气时间不足，导致药物吸入不充分；②吸入药物后漱口不到位；③手口协调能力需进一步训练；④吸入药物不规律。

再次为患者演示正确的吸入方法，强调吸入后漱口及规律用药的重要性，如果漱口不到位会有声嘶和口咽真菌感染的风险，患者表示理解和认同。最后再次对患者进行了呼吸训练指导，并告知患者 3 个月后随访复查的项目。

患者在为期 1 年的"肺康之家"防治平台管理期内，积极参与平台相关活动，自我管理能力不断提升，在家属及俱乐部病友的互相监督、互相鼓励下，最终成功戒烟。在家庭医生团队指导下，接受专业肺康复指导，学习并掌握了太极拳、八段锦、呼吸操等肺康复技术，通过系统训练后，症状明显缓解，活动耐力及生活质量明显改善，经常组织老年朋友、病友外出短途旅行。治疗期间无急性加重事件发生，监测肺功能无下降趋势，血

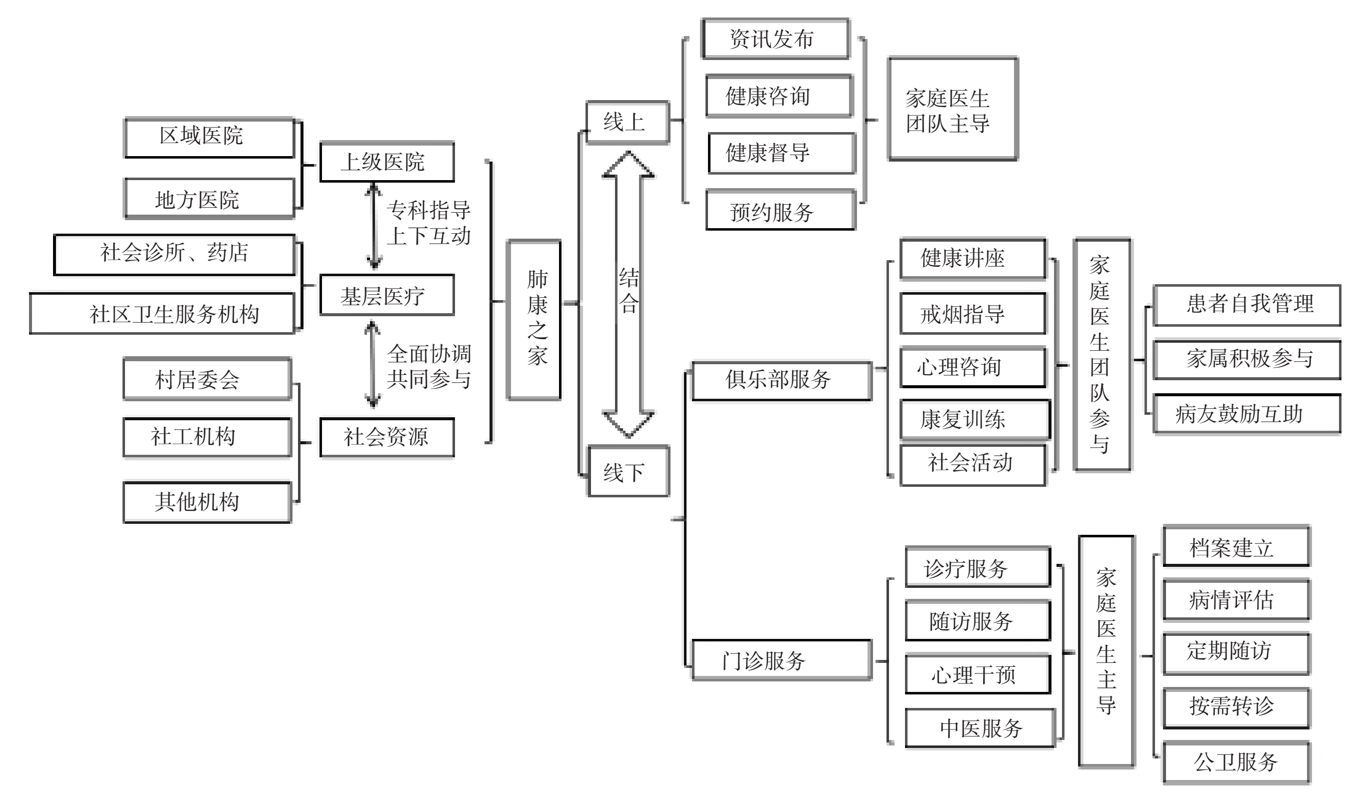


图 1 "肺康之家"模型图

Figure 1 Model diagram of "Pulmonary Rehabilitation Club"

糖、血脂及体质量和腹围得到正向改善，对比情况见表2。

这些良性结局对患者的依从性产生了积极影响，促进了患者与家庭医生之间形成良性循环，不但增强了患者的治疗信心，同时也促进治疗效果的提升。

5 讨论

目前，COPD 的筛查工作面临诸多挑战。首先，COPD 的早期症状不典型，患者重视不足，常难以自我识别[1]。其次，很多潜在的 COPD 患者在广泛分布的社会诊所、药店或社区卫生服务机构接受医药服务，但这些基层的医护人员对 COPD 的认知及防治技术尚有欠缺，常认为患者是“支气管炎或肺气肿”，从而导致漏诊[5-7]。再就是 COPD 早前未纳入国家基本公共卫生管理，导致基层对 COPD 主动干预的积极性不足。COPD 防治的关键是如何早期发现患者，但业内并不推荐广泛的人群普查，只有针对 COPD 高危人群的筛查才能获得较好的诊断产出，基于国情，针对≥ 40 岁的或 COPD 高危人群的筛查才是我国基层工作的重点[8]。在地方卫生行政及食药监等部门协调下建立起来的“肺康之家”COPD 防治平台有效整合了上级医院、社区医院、患者家庭、社会医疗资源，构建了一个紧密的 COPD 防治网络。此模式以医防融合为核心理念，患者需求为导向，强调信息共享、资源共享以及多方协作。实践中，社会力量的广泛参与显著提升了公众对 COPD 的认知水平，通过将筛查关口前移，在重点场所，有针对性地对高危人群进行筛查，做到有的放矢，在不额外增加经济及工作负担的情况下，能更好地早期发现 COPD 患者，弥补了公众认知、早期筛查和诊断率低的不足。

肺功能检查是 COPD 诊断的“金标准”[1]。但肺功能检查设备的配备和使用状况在我国不容乐观[9-12]。COPD 患者常处于多病共存状态[13]，作为基层全科医生，诊断 COPD 患者，应严格遵循诊断标准、流程及全科理念，运用全科思维对患者进行综合评估，特别是 COPD 和慢性支气管炎、支气管哮喘的临床症状和体征相类似且重叠，给诊断带来一定的困难[1]，但通过病史询问、体格检查、肺功能检查、影像学检查和实验室检查等方法，可以有效鉴别这三种疾病。对诊断困难的患者，可以寻求专科医生的协助或转往上级医院进一步评估。借助“肺康之家”防治平台，将优质的专科医疗资源与基层对接，通过业务互动，不但推广了肺功能检查技术在基层的普及使用，培养了呼吸专长的全科医生，提高了家庭医生团队的 COPD 防治技能，还建立了双向转诊通道，使 COPD 的管理更加专业、科学，同时提高医疗资源利用效率，弥补了基层诊断及药物干预不规范的不足。

表 2 患者纳入慢阻肺防治平台前后的指标对比

Table 2 Comparison of indicators before and after inclusion in the COPD prevention and treatment platform for patients

指标	纳入防治平台前	纳入防治平台后 1 年
mMRC	2 分（走平路比同龄人慢）	1 分（着急或爬坡时呼吸困难）
CAT	21 分（严重影响日常生活）	16 分（能维持相对正常的日常生活）
FEV_1/FVC	66.5%	67.1%
FEV_1/pre	59.7%	58.9%
吸烟情况	20 支 /d	完全戒断
患者主观感受	痰多黏稠不易咳出，活动耐力差	整体较前明显好转

注：mMRC= 改良版英国医学研究委员会呼吸问卷评分，CAT= 慢阻肺患者自我评估测试评分，FEV_1/FVC= 第 1 秒用力呼气容积 / 用力肺活量，FEV_1/pre= 第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比。

COPD 的治疗决策是基于科学合理地评估。对 COPD 患者病情的全面评估，需要综合考虑患者的症状、年龄、身体状况、合并症以及当前医学治疗进展等因素。慢性阻塞性肺疾病全球倡议（GOLD）2023 将 COPD 患者 14 d 内发生的以呼吸困难和咳嗽 / 或咳嗽和咳痰增加为特征的事件定义为急性加重，且不再强调“需额外治疗”；突破性地将 ABCD 评估工具简化为 ABE 评估工具，明确 E 组评估与呼吸困难和 CAT 评分无关，将既往 1 年内发生≥ 2 次中度急性加重和 / 或≥ 1 次住院的高风险患者归为 E 组统一管理[14]，这简化了临床操作，更加贴近临床实践，更便于基层全科医生对 COPD 患者进行评估。基于全科医学的 COPD 治疗决策的制定还应遵循生理、心理、社会的整体性；治疗的连续性；并注重个性化原则，为 COPD 患者制定适宜的综合治疗方案，包括药物、非药物、适宜中医技术及肺康复治疗，以确保治疗的有效性和安全性。

我国 COPD 的管理存在诸多不足，如早期筛查和诊断率低、全科医师防治水平局限、公众及患者认知不足、健康教育不到位、药物干预欠规范、康复治疗欠缺等[15]。家庭医生服务与俱乐部形式在 COPD 社区防治中展现出天然的结合点。将家庭医生服务与“肺康之家”俱乐部相结合，实现了优势互补，家庭医生的定期随访和个性化指导能够及时掌握 COPD 患者的病情动态，深入了解患者需求与反馈，进而调整服务策略，为患者提供更为全面、个性化的治疗方案与康复建议，有效减少 COPD 患者急性加重发作次数，降低医疗费用。俱乐部式活动不仅弥补了传统门诊服务时间的局限，更为患者提供了一个互动学习与交流的平台。俱乐部定期举办健康教育、呼吸康复训练、心理辅导等活动，使患者在轻松的环境中学习 COPD 防治知识，交流心得，缓解心理压力。这种集体学习与互动的形式极大地提升了患者的自我管理能力与自信心，增强了他们对抗疾病的信念[16-18]。同时，弥补了健康教育不到位、康复治疗欠缺的不足。

6 小结

COPD 的“筛－诊－治－管”流程是一个系统性、连续性的过程，旨在早期发现、准确诊断、有效治疗和全面管理 COPD 患者。“肺康之家”模式创新性地应用此策略于社区，为 COPD 患者的“筛查—诊断—治疗—管理”提供了新的思路与方法。该模式以成本效益为导向，便于早期筛查，强调规范诊治，注重助力患者改善生活习惯，增强自我管理能力，从而有效遏制病情恶化，尤其在戒烟指导上成效显著。COPD 的“筛－诊－治－管”流程全方位满足患者健康教育、心理慰藉、运动恢复及后续管理需求，可显著提升患者生活质量，减少急性加重发生次数，减轻医疗负担。在此模式下，患者角色转变为主动健康管理者，家庭医生则成为指导者和教育者，共同构建信任桥梁，推动自我管理能力提升。这不仅强化了医患沟通，还促进了家庭医生签约服务的普及，为社区卫生服务提供了新视角。鉴于其高效与可行性，建议作为常态措施推广，并辅以政策支持与宣传，设立激励机制。同时，构建紧密型医联体，促进信息流通与资源共享，是保障模式顺利运行的关键。然而，持续性与吸引力、机构整合与协同、社会医疗资源动员等问题和挑战仍待解决。未来需不断探索优化策略，确保“肺康之家”模式持续发挥效用，惠及更多 COPD 患者。

作者贡献：金锋负责论文的构思、撰写，对全文质量进行把控，并对文章负责；黎旺玲、谢飞负责文献复核和校对。

本文无利益冲突。

参考文献

［1］中华医学会，中华医学会杂志社，中华医学会全科医学分会，等．中国慢性阻塞性肺疾病基层诊疗与管理指南（2024 年）［J］．中华全科医师杂志，2024，23（6）：578-602. DOI：10.3760/cma.j.cn114798-20240326-00174.

［2］李晓晨，刘先胜．慢性阻塞性肺疾病全球创议 2018 更新与临床实践［J］．临床内科杂志，2018，35（11）：729-732. DOI：10.3969/j.issn.1001-9057.2018.11.002.

［3］WHO.Global Burden of Disease Website［EB/OL］．［2020-10-15］. http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease.

［4］中华人民共和国国家卫生健康委员会．慢性阻塞性肺疾病分级诊疗服务技术方案［EB/OL］.（2017-02-09）［2023-04-10］. http://nyws.nanyang.gov.cn/ywbd/yzyg/239005.htm.

［5］冯淬灵，武维屏，徐丽英，等．北京城区社区医生对慢性阻塞性肺疾病的认知及管理状况调查［C］// 第十一次全国中西医结合防治呼吸系统疾病学术研讨会论文集．北京，2010：254-257.

［6］上海市医学会呼吸分会基层呼吸疾病防治联盟．上海市社区医生肺功能知识问卷调查［J］．中国呼吸与危重监护杂志，2018，17（2）：165-168. DOI：10.7507/1671-6205.201706007.

［7］张荣葆，何权瀛．基层医生对慢性阻塞性肺疾病相关知识的认知情况［J］．中国慢性病预防与控制，2009，17（1）：61-63. DOI：10.16386/j.cjpccd.issn.1004-6194.2009.01.022.

［8］王凌伟，陈荣昌．基层慢阻肺早期筛查和早期诊断的现状与对策［J］．中华健康管理学杂志，2022，16（4）：217-221. DOI：10.3760/cma.j.cn115624-20220104-00004.

［9］高怡，郑劲平．开展肺功能规范化培训，助力慢性呼吸系统疾病综合防控［J］．中国实用内科杂志，2019，39（5）：481-484. DOI：10.19538/j.nk2019050101.

［10］何权瀛．我国农村基层慢性阻塞性肺疾病诊治现状调查报告［J］．中国呼吸与危重监护杂志，2014，13（1）：5-9. DOI：10.7507/1671-6205.2015032.

［11］文富强，陈磊．中国慢性阻塞性肺疾病诊疗的现存问题与思考［J］．中华医学杂志，2020，100（2）：81-84. DOI：10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2020.02.001.

［12］上海市医学会呼吸分会基层呼吸疾病防治联盟．上海市社区医生肺功能知识问卷调查［J］．中国呼吸与危重监护杂志，2018，17（2）：165-168. DOI：10.7507/1671-6205.201706007.

［13］罗晨阳，何志义．慢性阻塞性肺疾病与合并症［J］．结核与肺部疾病杂志，2023，4（5）：407-412. DOI：10.19983/j.issn.2096-8493.20230097.

［14］Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis，management，and prevention of chronic obstructive pulmonary disease（2023 REPORT）［EB/OL］.［2023-04-20］. https://godcopd.org/gold reports/.

［15］陈明敏，叶康丽，徐志杰，等．我国慢性阻塞性肺疾病社区管理现状与展望［J］．中国全科医学，2020，23（3）：251-256. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.756.

［16］魏玲芬，周利忠．高血压俱乐部活动在高血压治疗中的作用［J］．浙江预防医学，2013，25（7）：84-85. DOI：10.19485/j.cnki.issn1007-0931.2013.07.034.

［17］叶国祥．以健康俱乐部为载体的社区健康自我管理效果评价［J］．世界最新医学信息文摘，2019，19（A0）：199-200. DOI：10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.100.098.

［18］陈亚娟，张拓红，李志新，等．“快乐生活俱乐部”在社区糖尿病管理中的效果评价［J］．中国全科医学，2010，13（25）：2823-2825. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2010.25.016.

（收稿日期：2024-08-15；修回日期：2024-12-01）

（本文编辑：崔莎）